

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1942

THÈSE

N°

53

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

Jean BIGOT

Ancien Interne des Hôpitaux de Reims
né le 13 août 1914, à Fumay (Ardennes)

18 MARS 1942

TRAITEMENT
DE L'HYDARTROSE
PÉRIODIQUE

Président : M. CHIRAY, Professeur

PARIS

AMÉDÉE LEGRAND & JEAN BERTRAND, ÉDITEURS
93, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 93

1942

ANNÉE 1942

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

Jean BIGOT

Ancien Interne des Hôpitaux de Reims
né le 13 août 1914, à Furnay (Ardennes)

TRAITEMENT
DE L'HYDARTROSE
PÉRIODIQUE

Président : M. CHIRAY, Professeur

PARIS

AMÉDÉE LEGRAND & JEAN BERTRAND, ÉDITEURS
93, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 93

1942

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie	ROUVIERE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	POLONOVSKI.
Bactériologie	GASTINEL
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	PASTEUR-VALLERY- RADOT.
Pathologie chirurgicale	QUENU
Anatomie pathologique	LEROUX.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	AUBERTIN.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	DUVOIR
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LEVY-VALENSI.
Pathologie expérimentale et comparée	Henri BENARD.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	CHIRAY.
Clinique médicale	ABRAMI.
	FIESSINGER.
	N...
	HARVIER.
	CATHALA
	Robert DEBRE.
Hygiène et clinique de la première enfance	LAIGNEL-LAVASTINE
Clinique des maladies des enfants	GOUGEROT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	GUILLAIN.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	LEMIERRE.
Clinique des maladies du système nerveux	MONDOR.
Clinique des maladies infectieuses	GOSSET.
Clinique chirurgicale	CADENAT.
	LENORMANT.
Clinique ophtalmologique	VELTER.
Clinique urologique	CHEVASSU.
	COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements	PORTES
	LEVY-SOLAL.
Clinique gynécologique	MOCQUOT.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	LEVEUF
Clinique thérapeutique médicale	LOEPEP.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	BROCQ
Clinique propédeutique	M. VILLARET.
Clinique de la tuberculose	TROISIER.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
Clinique de cardiologie	N...
Clinique de neuro-chirurgie	Clovis VINCENT.
Assistance médico-sociale	N...
	HAZARD.
Professeurs sans chaire	OLIVIER.
	SANNIE.
	VERNE.



五

MM.

HALPHEN	Oto-rhino-laryngologie.
JOANNON	Hygiène.
LACOMME	Obstétrique.
LANTUEJOUL	Obstétrique.
LAVIER	Parasitologie.
LELONG	Pathologie médicale.
LEMAIRE	Pathologie expérimentale.
LENEGRE	Pathologie médicale.
M ^{me} J. LEVY	Pharmacologie.
MARCHAL	Pathologie médicale.
MENEGAUX	Pathologie chirurgicale.
MOLLARET	Pathologie médicale.
MOUQUIN	Pathologie médicale.
PATEL	Pathologie chirurgicale.
PETIT-DUTAILLIS	Pathologie chirurgicale.
RENARD	Ophtalmologie.
RICHET	Physiologie.
SENEQUE	Pathologie chirurgicale.
SICARD	Pathologie chirurgicale.
SOULIE	Pathologie médicale.
SUREAU	Obstétrique.
TURPIN	Pathologie médicale.
WILMOTH	Pathologie chirurgicale.
JAYLE	Chimie.

pour le service des examens

MM.

LE LORIER ... Obstétrique.
NEVEU-LEMAIRE. Parasitologie.
PIEDELIEVRE. Méd. lég.
VAUDESÇAL .. Obstétrique.

IV. — AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

à titre permanent

MM.		MM.	
ALAJOUANINE .	} Clinique médicale.	BASSET	} Clinique chirurgicale.
BRULE		GATELLIER ...	
CHABROL		de GAUDART	
CHEVALLIER ..		d'ALLAINES..	
LAROCHE (G.)..		MOULONGUET..	
LIAN		MOURE	
MOREAU			
SEZARY			

MM.

ECALLE	} Clinique obstétricale.
VIGNES	

V. — CHARGES DE COURS

MM.

CHAILLEY-BERT, agrégé	Education physique.
LEDoux-LEBARD	Radiologie clinique
DECHAUME	Stomatologie.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans des dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MEMOIRE DE MON PERE

*En témoignage de ma profonde
affection et de toute ma reconnais-
sance.*

A MA MERE

A MA FEMME

A MON PETIT PHILIPPE

A TOUS LES MIENS

A MES AMIS

A. Monsieur le Professeur CHIRAY

Professeur de Thérapeutique Climatique
et d'Hydrologie
à la Faculté de Médecine de Paris

*qui nous a fait le grand honneur d'ac-
cepter la présidence de cette thèse.
Hommages respectueux.*

A MON MAITRE

Monsieur le Docteur RAILLIET

Ancien Interne des Hôpitaux de Paris

Médecin des Hôpitaux de Reims

*qui m'a inspiré le sujet de cette thèse
et m'a guidé au cours de sa rédaction :
qu'il trouve ici l'expression de toute
ma reconnaissance pour son enseigne-
ment bienveillant.*

A TOUS MES MAITRES
DES HOPITAUX DE REIMS
ET DE LA FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

DEFINITION

L'Hydarthrose Périodique est un syndrome caractérisé par l'apparition, suivant des périodes d'une grande régularité et durant des mois ou des années, d'épanchements mono ou oligo articulaires sans fièvre, sans réaction générale, ordinairement sans phénomène douloureux, avec *restitutio ad integrum* dans l'intervalle des crises.

HISTORIQUE

C'est MOORE, le premier qui, en 1864 (dans *The Lancet* du 30 avril 1864), l'a étudiée et l'a notée en un syndrome nettement défini.

Depuis, de nombreuses observations ont été publiées, surtout en Allemagne et en Angleterre.

En France, beaucoup d'observations ont été rapportées, mais elles sont moins nombreuses que dans les pays anglo-saxons.



RAPPEL CLINIQUE

Le plus souvent LE DÉBUT est brutal, le malade se réveille avec une hydarthrose en général unilatérale.

Parfois tout de même, il existe de légers prodromes, raideur et gêne à la marche, sueurs abondantes au niveau du genou.

Pour CHIRAY et M^{me} MICHELOWSKY, le début serait le plus souvent violent avec grands frissons, claquements de dents, bouffées de chaleur, pollakiurie et polyurie. Toutefois, on ne noterait pas d'élévation de la température centrale.

LA PÉRIODE D'ÉTAT est marquée par une augmentation de volume de l'articulation, avec existence du choc rotulien. La douleur est inconstante.

C'est ainsi que le malade de Von BRÜGEN cité dans la *Berliner Klinisch* de 1889, voit le périmètre de son genou mesurer 37 centimètres, ce qui ne l'empêche pas de faire sept kilomètres à pied.

Quoique ce cas soit exceptionnel, les auteurs remarquent que la gêne fonctionnelle est moins marquée que dans les autres formes d'hydarthrose.

LE MÈNE, dans sa thèse de 1896, écrit : « Les douleurs spontanées ou provoquées sont presque nulles.

Le malade garde le lit uniquement parce que son entourage l'y contraint, effrayé qu'il est de voir un genou aussi gros. » Cette affirmation est un peu trop générale.

A cette période, les phénomènes généraux sont nuls. Cet état de choses dure deux à trois jours et ne s'accompagne d'aucune atrophie musculaire.

A LA PÉRIODE DE DÉCROISSANCE, on assiste à la disparition de l'épanchement en quelques heures et la *resitutio ad integrum* est complète.

Dans l'intervalle des accès, le genou est tout à fait normal. Il n'existe aucun trouble de la marche.

Au bout d'un laps de temps variable, quelques jours, quelques semaines, parfois quelques mois, la fluxion articulaire réapparaît, dure le même temps, cesse de nouveau et se reproduit ensuite après la même période de bonne santé.

Donc en un mot, ce qui caractérise cette maladie, c'est sa *périodicité*. Ce cycle peut durer des années avant de s'atténuer ou de disparaître.

EN RÈGLE GÉNÉRALE :

Un seul genou est atteint et c'est toujours le même.

Il est rare que les deux genoux soient atteints en même temps et il est encore plus exceptionnel qu'un genou soit pris après l'autre.

Le siège habituel est le genou.

Il y a exceptionnellement atteinte de la hanche ou du coude.



ANATOMIE PATHOLOGIQUE

On n'a jamais fait d'autopsie d'hydarthrose périodique.

Après arthrotomie, on a constaté un épaissement de la synoviale et des cartilages.

EXAMEN DU LIQUIDE. — Liquide citrin dont l'examen chimique et cytologique révèle les caractères inflammatoires.

L'examen bactériologique n'a jamais rien montré d'anormal.

L'inoculation au cobaye a toujours été négative.

ETIOLOGIE

Age. — C'est en général entre 15 et 30 ans qu'a lieu la première atteinte.

Comme âges extrêmes, on note : 12 ans et 53 ans.

Sexe. — Plus fréquent dans le sexe féminin.

Hérédité. — Elle a été signalée dans quelques cas par LE DENTU et DELBET, dans leur traité de chirurgie, en 1910. Il semble, en réalité, qu'on ne puisse la retenir.

PATHOGENIE

Elle est importante, c'est d'elle que devraient découler tous les traitements préconisés jusqu'alors.

Elle est complexe, on a invoqué toutes les causes et on a émis toutes les hypothèses.

A priori, il semble que l'on puisse rejeter deux infections, tant il est rare de voir l'hydarthrose périodique évoluer à la suite de ces deux maladies. Ce sont :

Le rhumatisme articulaire aigu,

La gonococcie.

LE RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU : parmi les nombreuses observations publiées depuis l'étude de MOORE, il n'y a que deux malades dans les antécédents desquels on retrouve le rhumatisme articulaire aigu. Ce sont les malades de GOIX et de BLANC, en 1896 et en 1897.

LE RHUMATISME GONOCOCCIQUE :

WEISS, en 1898, signale le cas d'un malade atteint de rhumatisme gonococcique localisé au genou et qui a fait par la suite une hydarthrose périodique.

BENDA, en 1900 : apparition 6 ans après une blennorragie, d'une arthrite du genou suivie d'hydarthrose périodique.

BEUGEARD, dans sa thèse de 1930, en cite un cas semblable entre autres observations, sans d'ailleurs insister plus particulièrement sur ce fait. Il se contente de le noter comme étiologie possible.

Parmi les étiologies possibles, on s'est tourné vers :

1° Le traumatisme,

2° Les infections,

3° Les troubles nerveux et sympathiques,

4° Le terrain.

1° LE TRAUMATISME. — On le trouve quelquefois à la base de l'affection. Le malade d'une de nos observations en est un exemple. Toutefois, il faut reconnaître que le traumatisme fait défaut dans la majorité des cas.

2° LES INFECTIONS. — Parmi celles-ci, il faut retenir : le paludisme — la syphilis — la tuberculose.

a) *Le paludisme.*

En raison de son allure cyclique, on l'a incriminé tout d'abord. Cette thèse a été défendue par MOORE en 1867. Il s'était basé sur deux cas :

Pour le premier, son malade atteint d'hydarthrose périodique avait eu la malaria.

Pour le second, le traitement par l'ingestion de quinine aurait eu un effet curatif sur l'hydarthrose périodique.

Mais si l'on jette un coup d'œil sur les observations d'hydarthrose périodique, on voit que le paludisme est absolument exceptionnel dans les antécédents de ces malades.

b) *La syphilis.*

On la trouve parfois dans les antécédents des malades. La nôtre avait eu un B. W. légèrement positif. Mais on trouve bien souvent aussi l'hydarthrose périodique chez des malades indemnes de toute

syphilis acquise ou héréditaire. De plus, le traitement spécifique n'a jamais eu une action sédative sur l'hydarthrose périodique.

BEUGEARD, dans sa thèse de 1930, cite bien une hydarthrose périodique survenue chez une femme atteinte d'accidents d'hérédo-syphilis (ostéo périostite; néphrite syphilitique). Le traitement spécifique a fait retrocéder les accidents syphilitiques, mais n'a pas paru avoir une action radicale sur l'hydarthrose, puisqu'elle a réapparu 15 mois après un traitement par le cyanure de mercure.

FÈRE, dans la *Revue de Chirurgie* de 1898, signale l'apparition d'hydarthrose périodique chez un paralytique général.

Comme la nature syphilitique de l'affection n'était pas suffisamment démontrée, on s'est tourné vers la *tuberculose*.

POULET l'a invoquée. CHIRAY et M^{me} MICHELOWSKY se sont faits les défenseurs de cette thèse. Ils ont rapproché les prodromes violents signalés au début, des accidents observés dans la sérothérapie tuberculeuse. Ils ont même dit que ces accidents étaient de même nature.

Malgré tout, cette étiologie paraît occasionnellè. On a pu parfois remarquer la coïncidence de quelques cas d'hydarthrose et de tuberculose articulaire ou pulmonaire. Mais il n'est guère possible d'en conclure, de façon affirmative, la nature tuberculeuse, car :

a) le liquide de ponction d'hydarthrose inoculé au cobaye n'a jamais déterminé de tuberculose chez cet animal.

b) de plus, on n'a jamais constaté l'apparition de tumeur blanche chez des personnes atteintes d'hydarthrose périodique antérieurement.

3° LES TROUBLES ENDOCRINIENS. — Devant la faillite de la thèse infectieuse, on a recherché une origine endocrinienne.

Parmi celles-ci, deux ont tout de suite retenu l'attention :

A) Les troubles thyroïdiens,

B) Les troubles ovariens.

A) LES TROUBLES THYROIDIENS. — On a constaté aussi bien des signes d'hyperthyroïdie que des signes d'hypothyroïdie.

a) *Hyperthyroïdie.*

MOORE a observé l'hydarthrose périodique chez une malade atteinte de tachycardie paroxystique.

En 1871, LÖWENTHAL a signalé une Basedowienne atteinte d'hydarthrose et l'influence heureuse du traitement de la maladie de Basedow sur l'évolution clinique de l'hydarthrose.

PLETZER a noté un mouvement de bascule existant entre la crise de Basedow et l'hydarthrose périodique chez un de ses malades.

Depuis, d'autres auteurs ont signalé des cas analogues.

b) *Hypothyroïdie.*

Elle a toute entière fait l'objet de l'observation sur laquelle est étayée la thèse de MARQUET en 1910. Chez cette personne nettement hypothyroïdienne, présentant une hydarthrose périodique, l'ingestion quoti-

dienne de 0 gr. 35 d'extrait sec de poudre de thyroïde, pendant 3 mois et demi, a amené une amélioration de l'état général, en même temps qu'une disparition de l'hydarthrose périodique.

Notre malade présentait quelques petits signes d'hypothyroïdie.

B) LES TROUBLES OVARIENS ont surtout été invoqués ces temps derniers.

On a surtout constaté l'insuffisance ovarienne chez ces malades.

La puberté tardive a été notée par BRUM en 1872 et par KOLBE en 1881.

La dysménorrhée par FIEDLER en 1881.

Notre malade avait des règles peu abondantes.

SCHLESSINGER, dans deux articles de la *Presse Médicale* parus en 1926 et en 1929, considère que l'hydarthrose périodique est due à un hypofonctionnement ovarien.

L'apparition de l'hydarthrose à la puberté serait due, selon lui, aux troubles ovariens si fréquents à cette époque.

Le traitement ovarien, soit par ingestion de poudre d'ovaire, soit par injection de folliculine, aurait guéri de nombreuses malades.

Enfin, il se base sur un fait unanimement reconnu par tous les auteurs depuis l'étude de MOORE, c'est l'influence suspensive qu'exercent la grossesse et la lactation sur l'hydarthrose périodique. Aussitôt après le sevrage, les crises d'hydarthrose réapparaissent.

Cette action suspensive de la grossesse s'expliquerait par la suppléance de l'hormone placentaire.

A ceci, on peut dire que l'insuffisance ovarienne peut expliquer quelques cas d'hydarthrose périodique, mais non tous les cas. Et que dire de ceux qui surviennent chez l'homme?

Enfin, dans bien des cas, on ne trouve chez les porteuses d'hydarthrose périodique aucun signe d'insuffisance ovarienne et, de plus, le traitement ovarien ne modifie pas, le plus souvent, la marche de la maladie.

3° TROUBLES NERVEUX.

C'est FÈRE qui s'en est fait le champion à la séance de la Société de Neurologie du 15 septembre 1893.

Il cite quatre observations où l'hydarthrose périodique est apparue chez des névropathes manifestant par ailleurs des stigmates d'hystérie pour trois d'entre elles et d'épilepsie pour la dernière.

Ces signes d'hystérie associés à l'hydarthrose périodique se seraient atténués à la suite du traitement psychothérapique.

Cette même théorie a été reprise par VOGL en 1932, dans le journal de clinique viennois. Il note dans l'hydarthrose périodique l'influence indiscutable du choc nerveux (émotions, soucis) à la base d'une nouvelle poussée. VOGL va même jusqu'à conclure « qu'on peut essayer tous les traitements possibles qui ne sont au fond qu'une psychothérapie déguisée ».

Cette thèse ne nous retiendra pas longtemps, car elle est poussée trop loin : à côté de ces quelques cas cités par FÈRE, il y a un nombre considérable d'observations dans lesquelles on ne retrouve aucune trace d'hystérie ou de nervosisme.

Une théorie doit nous arrêter, c'est celle qu'a soutenue BEUGEARD dans sa thèse de 1930, à savoir que l'hydarthrose périodique serait due à des *troubles sympathiques*.

FOIX avait déjà invoqué cette thèse lorsqu'il rendait le système nerveux sympathique responsable des arthropathies tabétiques.

BEUGEARD insiste beaucoup sur le fait que le sympathique tient sous sa dépendance les phénomènes rythmés et cycliques de la respiration, du rythme cardiaque, le cycle ovarien. Selon lui, le sympathique expliquerait également la périodicité de l'hydarthrose.

Cette théorie est peut-être poussée trop loin, car toutes les manifestations sympathiques pathologiques ne revêtent pas obligatoirement un caractère cyclique ou rythmique.

De plus, pour ce qui est du cycle ovarien, il ne semble pas que le sympathique joue un grand rôle dans cette détermination. Tout le cycle ovarien est bien plutôt sous la dépendance des glandes endocrines : l'hypophyse en particulier. On peut tout simplement noter que les troubles ovariens s'accompagnent souvent de phénomènes d'ordre sympathique.

Il faut tout de même noter, en ce qui concerne l'hydarthrose périodique, qu'elle apparaît chez bon nombre de personnes présentant un déséquilibre neuro-végétatif. De plus, le fait de la plus grande fréquence de l'hydarthrose chez les femmes serait encore susceptible d'être invoqué en faveur d'une origine sympathique.

Le rôle du sympathique n'est pas douteux dans l'observation publiée par WEISMAN-NETTER en 1929 (malade atteinte d'hydarthrose périodique et guérie par la sympathicothérapie).

Enfin, si la malade de WEISMAN-NETTER obtint une amélioration par le traitement au tartrate d'ergotamine, la nôtre, par contre, n'en éprouva aucun effet.

Il nous reste maintenant une dernière pathogénie à envisager : c'est que l'hydarthrose périodique évolue sur un *terrain spécial*.

Dans les antécédents de la grande majorité des malades atteints d'hydarthrose périodique, on retrouve l'eczéma — les migraines — l'asthme — l'arthritisme — les attaques de goutte, etc.

La malade qui a servi d'observation à la thèse de MARQUET signalait de nombreuses migraines dans ses antécédents. En outre, il est à noter que chez cette malade, du jour où l'hydarthrose périodique est apparue, les migraines qui, jusqu'alors, avaient résisté à tout traitement, ont spontanément disparu.

FÈRE cite des cas d'hydarthrose périodique apparus chez des urticariens.

BUCHANT et WRIGHT l'ont vu évoluer chez des asthmatiques.

LENVEN l'a constaté chez des obèses eczémateux. Notre malade a présenté des migraines à la suite d'ingestion de Gynergène.

L'hydarthrose périodique serait en somme un phénomène du même ordre que les manifestations de l'anaphylaxie. On pourrait la ranger dans le cadre de l'œdème de QUINCKE.

Plusieurs faits en témoignent :

1° Cette fluxion articulaire avec retour à la normale de l'articulation consécutivement à la crise, rappelle étrangement l'œdème de QUINCKE.

2° Chez ces malades sujets aux accidents d'anaphylaxie, il existe une sensibilité hépatique notable se manifestant par des signes d'insuffisance hépatique.

Nous en avons la preuve chez notre malade qui a fait un ictère à la suite d'une injection de la plus petite dose de Dmelcos.

On a objecté à cette théorie qu'on ne pourrait déclencher à volonté une hydarthrose périodique. En réalité, nous ne savons pas avec quelle injection médicamenteuse, ou autre déterminer la crise d'anaphylaxie.

Il eût été intéressant, pour étayer cette thèse, de rechercher systématiquement l'éosinophilie sanguine chez tous les malades atteints d'hydarthrose périodique. Chez les sujets sensibles aux accidents d'anaphylaxie, l'éosinophilie sanguine, on le sait, est augmentée notablement.

Malheureusement, cette recherche n'a jamais été faite.

Le DIAGNOSTIC de l'affection est facile, il suffit d'y penser. Le plus souvent, on aura à éliminer, comme étiologie possible, le rhumatisme articulaire aigu, la tuberculose, la syphilis.

La radioscopie ne montre jamais rien d'anormal.

Une observation de M^{me} MICHELOWSKY rapporte un aspect rugueux des surfaces articulaires avec exostoses des plateaux tibiaux.

LE TRAITEMENT

Il y en a un très grand nombre. Il provient des tâtonnements et des différentes conceptions qui ont servi à expliquer l'affection :

D'abord les ANTI-INFECTIEUX ont été essayés.

En premier lieu, la *quinine*.

Elle a été utilisée, pour la première fois, par MOORE qui avait invoqué l'origine paludéenne de l'hydarthrose périodique. •

On emploie soit la voie bucale, soit la voie sous-cutanée. On a, paraît-il, obtenu dans un nombre très restreint de cas, quelques améliorations; mais de même qu'on a définitivement abandonné l'idée de l'origine paludéenne de la maladie, de même le traitement par la quinine est depuis longtemps tombé en désuétude.

L'arsenic a été employé, soit qu'on le considère comme un antisyphilitique, soit qu'on ait vu en lui un stimulant de la résistance du sujet.

On emploie l'arsenic per os sous forme d'anhydride arsénieux :

Liqueur de Fowler.

Granules de Diascoride.

On fait un traitement d'une durée de quinze à vingt jours par mois pendant plusieurs mois consécutifs.

Il est également d'usage d'y associer, on ne sait trop pourquoi, l'iodure de potassium à raison de 2 gr. par jour d'iodure pendant 20 jours consécutifs, arrêt de 10 jours et reprise.

On utilise aussi l'arsenic en injection intramusculaire ou sous-cutanée profonde. Notre malade porteuse d'un Hecht et d'un Bordet-Wassermann légèrement positifs et dont le père était mort d'angine de poitrine, a reçu trois injections d'Acétylarsan. Les accidents et les signes d'intolérance à l'arsenic survenus lors de la 4^e injection ont fait cesser le traitement arsénié.

A l'arsenic per os ou en injection, certains auteurs ont adjoint le *fer* en cachets, sous la forme classique de protoxalate de fer.

Les résultats de ce traitement arsénié seul ou combiné au fer ou à l'iodure n'ayant pas été particulièrement brillants, on s'est tourné vers d'autres médications.

En cas d'étiologie spécifique possible, on peut essayer l'*Iodobismuthate de quinine*. Notre malade en a reçu 12 injections qui n'ont influencé en rien la marche de la maladie. Le seul résultat tangible chez notre malade a été la production de nodosités intra-fessières.

L'*ergotine* a été essayée pour la première fois en 1880 par SCHLIEGMÜLLER sans grand résultat.

Plus tard, PLETZER a obtenu un succès après une série de dix injections de ce médicament. Il a obtenu une rupture du cycle de l'hydarthrose périodique pendant une durée de trois ans.

Ce sont hélas là les seuls succès de l'ergotine dans le traitement de l'hydarthrose périodique.

OPOTHERAPIE

Devant l'échec de la médication générale anti-infectieuse, il a fallu se tourner ailleurs; c'est alors que les partisans de l'origine endocrinienne de l'hydarthrose ont essayé l'OPOTHÉRAPIE.

La thèse de MARQUET nous donne un exemple de traitement OPOTHÉRAPIQUE THYROIDIEN. Il avait administré à sa malade 0 gr. 31 d'extrait thyroïdien en poudre, quotidiennement pendant 3 mois et demi. Au bout de ce temps, il obtint la guérison.

En règle générale, en présence de petits signes d'insuffisance thyroïdienne chez le malade atteint d'hydarthrose périodique, il faudrait toujours faire un traitement opothérapique. On commence par de petites doses, en montant assez vite et en surveillant de très près les signes d'intolérance thyroïdienne (tachycardie, pâleurs, battements de cœur, etc...). Si au bout de trois mois, ce traitement n'amène aucun changement dans l'état de la malade, il faudra l'abandonner.

OPOTHÉRAPIE OVARIENNE. — Prônée en 1932 par SCHLESSINGER, qui voyait dans l'hydarthrose la signature d'une insuffisance ovarienne. Cet auteur cite

plusieurs malades chez lesquelles l'administration de 50 unités souris, deux fois par semaine, d'hormone folliculaire, a fait disparaître plusieurs fois et diminuer le plus souvent de façon appréciable la crise de gonflement articulaire.

En pratique, on emploiera donc la folliculine sous sa forme la plus active : Benzogynestryl en injections sous-cutanées, à raison d'une injection de 1 mgr. de folliculine cristallisée chaque semaine.

Notre malade a eu une de ses crises jugulée par l'Agomensine Ciba.

La greffe ovarienne qui a été tentée par RHEINDORF a amené une rémission de six mois.

La grossesse enfin apporte une rupture du cycle récidivant de l'hydarthrose périodique. La durée de rupture du cycle ne dépasse pas souvent neuf mois. Il est toutefois plus long dans la grossesse suivie de lactation.

Un fait est toutefois décevant : c'est que cette amélioration qui se produit au cours d'une grossesse, ne récidive pas forcément à une grossesse ultérieure.

Ce qu'il y a de bizarre dans l'hydarthrose périodique : c'est qu'un traitement qui a donné des résultats une première fois, sera le plus souvent sans effet à un nouvel essai, la grossesse ne fait pas exception. Toutefois, dans les cas rapportés par HENCH, l'amélioration s'est répétée lors de 3 ou 4 grossesses, mais a fait défaut dans les grossesses ultérieures. Ses heureux effets s'en sont encore manifestés chez notre malade, ainsi que depuis longtemps tous les auteurs l'ont remarqué.

Nous ne faisons que citer pour mémoire la PSYCHOTHÉRAPIE prônée par FÈRE. Il faudra toujours l'essayer en premier lieu chez les malades dont le nervosisme ou l'hystérie sont évidents. Chez les autres, on pourra peut-être le tenter en dernier ressort, quand tous les traitements auront échoué.

MOYENS PHYSIQUES

Les moyens physiques sont tentants à essayer.

1° L'IGNIPUNCTURE LOCALE,

2° LA RADIOTHÉRAPIE LOCALE. Jean HUET et Etienne MAY ont rapporté à la *Société Médicale des Hôpitaux de Paris*, en 1937, l'influence heureuse de la radiothérapie locale chez une de leurs malades. Ils ont obtenu une guérison.

Nous ne savons comment agit cette radiothérapie locale. Probablement de la même façon qu'elle agit sur les douleurs par l'intermédiaire des terminaisons cutanées des filets sympathiques, soit sur les filets sympathiques contenus dans les vaisseaux de l'articulation.

D'autres auteurs, VOGL en particulier, n'ont vu dans son action qu'une psychothérapie déguisée.

Quoi qu'il en soit, la malade de Jean HUET (observation II) a eu 8 séances d'irradiation. La guérison a été obtenue au bout de ces 8 séances et les auteurs recommandent l'emploi systématique de la radiothérapie locale.

3° LES RAYONS ULTRAVIOLETS sont également recom-

mandés. Une série de douze, à raison de 3 par semaine.

Chez notre malade, l'amélioration consécutive à la série d'ultraviolets a été de six mois.

Comment agissent les ultraviolets? Est-ce par un mécanisme local ou général? Nous ne le savons; toujours est-il que très souvent ces séances des rayons ultraviolets déterminent une fièvre passagère. (La fièvre consécutive aux coups de soleil est bien connue.) Aussi nous pensons que le traitement par les rayons ultraviolets est déjà une pyréthothérapie sans choc et que c'est peut-être là la cause de son action bienfaisante sur l'hydarthrose périodique.

4° LES ONDES COURTES. — On obtient au moyen de la lampe Triode des élévations thermiques considérables qui, en quelques minutes, portent la température du sujet à 40°.

C'est donc en somme une pyréthothérapie avec choc que l'on obtient par l'emploi des ondes courtes.

5° TRAITEMENT DE MIRAMOND DE LA ROQUETTE par les RAYONS INFRA-ROUGES. — On utilise le bain de chaleur locale. On place le membre malade dans une source de chaleur avec interposition d'un écran de verre pourpre. Ici aussi, on utilise donc encore une pyréthothérapie sans choc.

Chez notre malade, ce traitement a été suivi d'une rémission de six mois.

ACTION SUR LE SYMPATHIQUE

En vertu de la théorie sympathique, on a essayé deux traitements :

1° La sympathicothérapie.

2° Le tartrate d'ergotine.

1° LA SYMPATHICOTHÉRAPIE a, à son actif, un cas de guérison (observation de WEISMAN-NETTER).

C'est la sympathicothérapie nasale appelée aussi centrothérapie nasale. La malade a été guérie après 10 séances. Cette guérison durait encore après 3 ans.

2° LE TARTRATE D'ERGOTAMINE.

Le bon résultat obtenu par ce dernier médicament a été souligné par WEISMAN-NETTER en 1929, dans le *Bulletin de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris*. Ceci n'est pas surprenant si l'on s'en tient à la thèse sympathique comme pathogénie de l'hydarthrose périodique. On sait, en effet, l'influence bienfaisante et sédative du tartrate d'ergotamine sur la tachycardie d'origine nerveuse.

En fait, on administre le tartrate d'ergotamine soit en injection, soit en ingestion sous forme de Gynergène.

En injection : 1 cc. *pro die* de la solution titrée à 1/2 mmg. par cc. Une intra-musculaire chaque jour.

En ingestion : XV à XXX gouttes par jour de la solution à 0,5/1000,

Ou deux comprimés d'un milligramme par jour.

LES MODIFICATEURS DU TERRAIN

On s'est attaqué à deux médications :

1° Les désensibilisants,

2° La médication du choc.

1° LES DÉSENSIBILISANTS.

Peptone

Autohémothérapie

Chlorure de calcium

Histamine.

Peptone administrée sous forme de cachets classiques : peptone-magnésie à prendre dix jours par mois.

Ou bien en injection mêlée au sérum salé isotonique.

L'autohémothérapie, 15 à 18 injections à raison de 2 par semaine (observation III : guérison en 5 séances).

Chlorure de calcium en potion, soit seul, soit associé à l'hyposulfite de soude et ceci 10 jours par mois.

On peut aussi essayer 15 injections de chlorure de calcium intraveineuses, une par jour.

Histamine sous toutes les formes possibles.

Notre malade (observation I) a eu une série de 10 injections d'Hista Dimilli, à raison d'une injection quotidienne sous-cutanée. Il faut utiliser des doses progressives : 1/5 de cc. le premier jour. On augmente de 1/5 de cc. par jour, jusqu'au 5^e jour. Du cinquième au dixième jour, on fera 1 cc.

2° La MÉDICATION DU CHOC et surtout la PYRÉTHOTHÉRAPIE.

C'est sur ce dernier traitement que nous insistons. Cette médication a donné les meilleurs résultats sur la malade du D^r RAILLET (observation I).

Le D^r RAILLET a eu l'idée d'essayer ce traitement de choc chez la malade. On verra, au cours de l'observation I, que la quatrième injection d'Acétylarsan faite à Vichy, ayant déterminé chez la malade une forte réaction thermique — un choc — il s'en est suivi une longue période de sédation de l'hydarthrose. Cette période de sédation a duré 7 mois.

Se basant sur ce fait, le D^r RAILLET a essayé la pyréthothérapie avec le Dmelcos. L'injection intraveineuse d'une demi-ampoule de la première dose a produit une vive réaction thermique suivie d'un ictère durant quatre jours. Les sept mois suivants, la malade n'a plus eu aucune fluxion articulaire. C'est la plus longue période de sédation obtenue chez notre malade.

La pyréthothérapie a donc eu un effet notable sur la marche de la maladie et il semble bien qu'en pa-

reil cas on doit toujours essayer de la pyréthothérapie.

L'année suivante, la crise ayant réapparu, un nouveau traitement pyréthothérapique a été essayé avec la *Sulfosine*.

Nous n'avons pu juger de l'effet de ce second traitement pyréthothérapique, la malade étant en zone libre et n'ayant plus donné de ses nouvelles.

Injection de lait. — Elle a amené une amélioration chez la malade de LOVEN citée par Etienne MAY et ses collaborateurs. Le lait est une solution colloïdale qui renferme une albumine hétérogène, la caséine.

On l'injecte stérilisé ou bouilli pendant quinze minutes dans les muscles ou sous la peau, à la dose de 5 à 10 centimètres cubes chez l'adulte. Après 5 à 6 heures, cette injection provoque un choc plus ou moins violent, d'ailleurs plus ou moins bien toléré.

L'ictère. — On a noté (LAVALÉE) l'analogie des rémissions obtenues par la grossesse avec celles qu'on remarque chez les arthritiques de l'un et l'autre sexe, à la suite de l'ictère. Une injection de Dmelcos a été suivie, chez notre malade, d'un ictère. Celui-ci ne pourrait-il être considéré comme l'agent de la rémission plutôt que de la fièvre?

Le traitement homéopathique — qui, chez notre malade, a amené une rémission de six mois. Comment a-t-il agi? c'est ce que nous ne savons pas.

Pour terminer, il faut citer le TRAITEMENT CHIRURGICAL — consistant en une arthrotomie. Il faut bien

dire que ce traitement ne s'est pas révélé particulièrement efficace et que les malades ne l'acceptent presque jamais, car ils reculent le plus souvent devant les aléas d'une intervention chirurgicale pour une affection en somme bénigne.

Il est à noter que l'injection du liquide retiré par ponction n'a jamais été essayée.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

(communiquée par le Dr RAILLET)

M^{me} C..., 29 ans, belle apparence, légèrement hypothyroïdienne et insuffisamment réglée, stérile jusqu'à ce jour. Père décédé d'angine de poitrine à 55 ans. Antécédents personnels nuls.

A 18 ans, en 1927, deux ou trois jours après une chute sur les genoux au tennis, début de la maladie. Quatre ou cinq poussées d'hydarthrose du genou droit, durant chacune quatre ou cinq jours au cours de l'année suivante. Trois ponctions, dont une suivie d'injection d'éther sans résultat.

En 1928, rayons ultraviolets sur le genou (3 séances par semaine pendant 6 semaines). Pendant 6 mois, la patiente est tranquille. Après récurrence, on renouvelle le traitement sans succès.

En 1930, après un traitement de Miramond de la Roquette, six mois d'amélioration; une reprise du traitement reste sans effet.

De 1932 à 1935, poussées régulières de dix jours en dix jours, légères cependant puisque la malade ne s'en préoccupe pas; le genou est seulement un peu « mou ».

En 1935, les crises reprennent : tuméfaction assez forte pour que la tension douloureuse oblige la malade à cesser toute activité pendant deux jours à chacune des poussées qui surviennent avec une régularité pendulaire de 10 jours.

Elle vient alors nous consulter. Le diagnostic est certain. Quel traitement essayer?

Comme antécédents héréditaires et seulement cela chez cette personne bien portante, angine de poitrine du père. Le B. W. et le Hecht sont légèrement positifs. En présence des échecs de la thérapeutique suivie jusqu'à ce jour, nous nous croyons autorisé à essayer un traitement d'épreuve : 12 injections d'Iodobismuth sans résultat. Au surplus, injections mal supportées : nodosités intrafessières et douleurs. On fait alors de l'Acétylarsan : les trois premières lentement, progressivement ($1/4$ — $1/3$ — $1/2$ ampoule sont supportées). La quatrième injection faite à Vichy détermine une réaction violente : forte fièvre, vomissements, coliques. Très malade, la patiente doit garder le lit 8 jours. La tuméfaction du genou est très pénible. On cesse l'acétylarsan : 7 mois de tranquillité.

Modifiant la thérapeutique, nous recourons à l'homéopathie par le *Calcarea fluorica* : 6 mois de calme.

Rechute en janvier 1937 après grippe bénigne, avec fièvre d'un jour. La reprise du traitement homéopathique n'est suivie d'aucun changement. Enfin Gynergène en comprimés, sans résultat.

Du 2 au 29 juin, 12 injections de Gynergène sans autre résultat qu'une migraine violente encerclant la tête après chaque piqûre pendant une heure; en plus, diminution des règles déjà peu abondantes.

Puis Supparyres bien supportés.

Suppositoires d'Arsenic mal tolérés.

En juillet, série de radiothérapie locale (Dr SEGAL) aucun résultat (10 séances, à raison de 2 par semaine).

Le 30 septembre, début d'une série d'Autohémothérapie (20 injections) : la deuxième dizaine, fluxion à la date habituelle et plus forte que d'habitude. A partir de la fin de cette série jusqu'en janvier 1938, les crises surviennent tous les 12 jours.

Le souvenir de la sédation consécutive à la réaction violente, lors de la 4^e injection d'Acétylarsan nous fait faire un essai de pyréthothérapie.

Le 25 janvier, injection intra-veineuse lente d'une demi-ampoule de la première dose de Dmelcos. T° à 39°5, chute de la température le 27. Reprise violente à 40° le 28 à midi, la température ne retombe que le lendemain soir. Ictère in-

tense d'une durée de 4 jours. Les 4 et 5 février, le genou gêne un peu la malade qui, depuis cette date, n'a plus rien eu.

Toutefois, au début d'août, léger épanchement à peine perceptible non gênant, plus accusé le matin que le soir. Le 10 août, sans attendre la récurrence probable, on conseille un traitement d'Agomensine (trois fois 2 comprimés 20 jours par mois) pour essayer d'activer les fonctions ovariennes.

7 octobre 1938. — Depuis le début de septembre, la poussée d'Hydarthrose s'est produite quatre fois : 7 et 8 septembre — 16, 17, 18 septembre — 24, 25 et 26 septembre — 4 et 5 octobre. Le genou est énorme pendant trois jours et entre temps il ne revient jamais à la normale. La malade est immobilisée pendant ce temps, mais ne souffre pas. Les règles ont été un peu plus abondantes, surtout plus rapprochées.

17 novembre. — Règles peu abondantes. Pas de signes nets de grossesse.

24 novembre. — Diagnostic biologique de grossesse positif.

Pendant la grossesse, la malade n'a plus présenté aucune fluxion articulaire. Le 15 décembre 1939, nouvelle poussée d'hydarthrose.

Un traitement d'Hista Dimilli suivi de Sulfosine est conseillé. Depuis cette date, nous n'avons plus de nouvelles de la malade.

OBSERVATION II

(WEISMAN-NETTER)

M^{me} G..., 30 ans, adressée en octobre 1931 au Dr Jean DALSACE par un chirurgien qu'elle a consulté pour hydarthrose du genou droit ayant débuté en juin 1931. Les fluxions ont une durée de trois jours et se répètent exactement à intervalles réguliers de 13 jours. C'est en raison de pertes blanches faisant penser à une origine gonococcique que la malade a été adressée au gynécologue. Il trouve une métrite du col,

mais ni la clinique, ni le laboratoire ne confirment cette étiologie. La malade a un enfant âgé de 13 mois. Le traitement local amène la guérison de la métrite, sans aucun changement de l'état du genou. Auparavant, et par la suite, de nombreux traitements médicamenteux, thermominéraux, physiothérapiques (mais non radiothérapiques) ont été mis en œuvre vainement. Un ostéopathe anglais n'obtient pas de meilleur résultat.

En décembre 1932, le Dr SALMON, se référant à la communication du Dr WEISMAN-NETTER, conseille la Gynergène, mais par voie bucale et dans les jours précédant la fluxion. Action certaine : la fluxion n'apparaissant pas quand la malade prend son médicament et se reproduisant quand elle l'oublie. En février 1937, le Dr DALSACE voit la malade alors qu'elle présentait une légère poussée d'eczéma à laquelle elle est sujette depuis 1927, date à laquelle elle avait eu une crise d'eczéma généralisé. Il conseille l'*autohémothérapie*. Or, après cinq séances, non seulement eczéma, mais encore fluxion hydarthrosiale ne se reproduisent plus. Actuellement, en 1937, M^{me} G... est guérie et fait du tennis et du ski.

OBSERVATION III

Rapportée à la séance de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris, le 22 janvier 1937, par Etienne MAY et Jean HUET.

M. P..., âgé de 49 ans, vient consulter pour une hydarthrose à répétition du genou gauche. Début il y a 20 ans, sans qu'on puisse trouver une cause mécanique ou infectieuse. Cette poussée dure trois jours : un jour de formation, un jour d'état et un jour de décroissance. A ce moment, le genou devient le siège d'une fluxion abondante qui gêne la marche.

A cela se réduisent les signes, car il n'existe ni réaction locale inflammatoire, ni douleurs, et l'état général demeure excellent pendant la crise. Celle-ci passée, le genou récupère toute son intégrité fonctionnelle et même après 20 ans, lorsque nous examinons le malade, nous ne constatons aucune déformation, aucune limitation des mouvements, ni craquements

articulaires, pas d'atrophie du quadriceps ni adénopathie inguinale. Image radiologique normale. Les poussées se reproduisent avec une périodicité remarquable, elles paraissent avoir été plus espacées au début de l'affection, mais se sont vite rapprochées jusqu'à survenir deux fois par mois et, depuis plusieurs années, elles se reproduisent avec un intervalle fixe de 11 à 12 jours.

Nombreuses thérapeutiques, toutes inefficaces. En 1931, on propose l'ankylose du genou. Le malade refuse. Rémission spontanée de deux ans en dehors de tout traitement, au cours des années 1932-1933.

Examen objectif :

Homme robuste. Dans les antécédents ni syphilis, ni blennorrhagie. En 1933, petite hémoptysie solitaire qui ne paraît pas avoir été bacillaire, car la radiographie pulmonaire est normale et la recherche de B. K. est négative dans les crachats.

Examen actuel des poumons : normal.

Expectoration et système nerveux normaux. Toutefois, le réflexe rotulien gauche est un peu plus faible que le droit.

T. A. : 15 1/2 — 10 1/2.

Formules sanguine et leucocytaire : normales.

Temps de saignement	}	normaux.
Temps de coagulation		
Foie	}	rien à signaler.
Cœur		
Appareil digestif		

La ponction du genou, lors d'une poussée, donne issue à un liquide citrin assez épais contenant des polynucléaires et des lymphocytes à égalité. Indice réfractométrique 44, c'est-à-dire teneur d'albumine à 36 gr. 80 par litre. Le cobaye inoculé avec ce liquide n'a pas été tuberculinisé.

Nous soumettons d'abord le malade à un traitement calcique : 15 injections intra-veineuses de gluconate de calcium. Malgré tout, la poussée hydarthrosique survient à la date fixée sans avoir été modifiée en rien.

Essai de radiothérapie locale : irradié en huit séances, alternativement par le feu interne et par le feu externe du genou gauche.

A chaque séance : 225 R. avec 25 centimètres d'étincelles — 2 milliampères d'intensité et filtrage à 6 Al. L'effet du traitement est remarquable. Depuis qu'il a été entrepris, les poussées d'hydarthrose ont complètement cessé et elles ne se sont pas reproduites, même après la cessation de la radiothérapie. Il y a six mois maintenant que le malade n'a pas eu de crise.

CONCLUSION

Devant cette affection à évolution cyclique qui revient toujours le même nombre de jours après le même laps de temps (signe du calendrier), on sera le plus souvent désarmé.

Exceptionnellement, dans les antécédents du malade, on retrouvera l'hérédité.

Quelquefois, on verra le traumatisme comme cause déchaînante à la base de la maladie.

Le plus souvent, on aura à éliminer le rhumatisme gonococcique, la syphilis, la tuberculose, et on ne rencontrera aucune cause possible d'explication.

On recherchera alors les petits signes de déséquilibre du système neuro-végétatif pour les améliorer, le cas échéant.

Si on trouve quelques traces d'insuffisance endocrinienne, les traiter, mais la plupart du temps cette thérapeutique n'aura qu'un effet peu sensible sur la marche de l'affection.

On pourra alors essayer la radiothérapie locale. Mais on retiendra surtout l'existence d'un terrain particulier : Asthmatique, Arthritique, Eczémateux, Migraineux, Poussées d'œdème de Quincke, qu'on retrouvera souvent chez ces malades. Aussi, ne devra-t-on jamais manquer d'essayer un traitement désensibilisant, ou une thérapeutique de choc, particuliè-

rement la pyréthothérapie sous toutes ses formes, susceptible de modifier le terrain par un mécanisme encore inconnu.

Enfin, de guerre lasse, si tous les traitements ont échoué et si on a affaire à une femme sans enfant, on devra toujours conseiller à la malade une grossesse suivie d'allaitement, dont l'influence suspensive sur la marche de la maladie a été remarquée par tous les auteurs sans exception.

Pour terminer, nous ne saurions mieux faire que de citer la péroraison de l'article du Dr RAILLIET à la *Société Médicale des Hôpitaux de Paris*, sur l'hydathrose périodique :

« Quel est le point commun qui relie la pyréthothérapie — ou le choc, ou l'ictère — la grossesse et l'allaitement, voire l'homéopathie dans leur action similaire sur cette affection? Quelle est la cause de la limitation à six mois environ des rémissions thérapeutiques (ou spontanées)? Pourquoi la cause thérapeutique qui a agi une première fois ou la cause gynécologique (grossesse, allaitement), qui a agi une ou plusieurs fois, cesse-t-elle de reproduire ultérieurement les mêmes effets? »

Vu :
Le Président,
CHIRAY.

Vu :
Le Doyen,
BAUDOIN.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
GIDEL.

BIBLIOGRAPHIE

- BEUGÉARD. — Considération sur l'Hydarthrose périodique. (*Thèse de Paris*, 1930.)
- BLANC. — Observation d'Hydarthrose intermittente héréditaire. (*Loire Médicale*, Saint-Etienne, 1898, XVII, 287-293.)
- CHAUVET. — De l'Hydarthrose intermittente. (*Bulletin Société Médicale Hôpitaux de Lyon*, 1895-96, XXXV, 123-134 et *Lyon Médical*, 1895, LXXX, 105-115.)
- CHIRAY et M^{me} MICHELOWSKY. — L'Hydarthrose intermittente périodique. (*Paris-Médical*, 1920.)
- FERÉ. — Contribution à l'histoire des Hydarthroses intermittentes. (*Revue Neurologie*, 1893, I, 465-469.)
- FERÉ. — Note sur quelques cas d'Hydarthrose intermittente névropathique. (*Revue de Chirurgie*, 1898, XVIII, 616-631.)
- KENNEDY. — Hydrops articulorum intermittens. (*J.A.M.A.*, 1894, XXIII, 900.)
- KOSTER. — Om Hydrops articulorum intermittens. (*Hygiea Stockolm*, 1892, LIV, 29-51; *Deutsche Zeitsch. f. Nervenhe.*, 1891, 2 II, 464-477.)
- LAVALÉE. — *Staff meetings of the Mayo Clinic*, Marck 16, 1938; (*in Concours Médical*, 26 juin 1938, p. 1773).
- LE DENTU et DELBET. — Hydarthrose intermittente. (*Extrait du nouveau traité de chirurgie*, tome VII, 1909.)
- LE MENE. — De l'Hydarthrose chirurgicale et de son traitement chirurgical. (*Thèse de Paris*, 1896.)
- LE MENE. — De l'Hydarthrose intermittente. (*Annales de Chirurgie orthopédique*, 1897, X, 61.)
- MARQUET. — De l'Hydarthrose périodique. (*Thèse de Paris*, 1910.)

- MOORE. — Hydrops articulorum intermittens. (« *The Lancet* », 30 avril 1864.)
- MOUZON. — Quelques faits nouveaux concernant l'histoire de l'Hydarthrose périodique et sa pathogénie. (*Presse Médicale*, n° 72, 8 septembre 1926.)
- Etienne MAY et Jean HUET. — Hydarthrose périodique du genou guérie par radiothérapie locale. (*Bulletin de la Sté Médicale Hôpitaux de Paris*, 14 février 1937, p. 106.)
- PIERSON. — Zur therapie des Hydrops articulorum intermittens. (*Centralblatt f. Nerv. Leipzig*, 1886, IX, 129-131.)
- RAILLIET. — Sur un cas d'Hydarthrose périodique. Considérations thérapeutiques : action possible de la pyrèthothérapie. (*Sté Médicale Hôpitaux de Paris*, 4 novembre 1938.)
- SCHLESINGER. — Hydrops articulorum intermittens. (*Mitteil aus den greuzgebiete der Medecine und Chirurgie*, 1900.)
- Herman SCHLESINGER. — Nouvelle recherche thérapeutique sur Hydarthrose intermittente. (*Thérapie der Gegenwart*, t. LXXIII, n° 4, avril 1932.)
- SENATOR. — Über intermittierende Gelenkwassersucht. (*Charité ann. V. Berlin*, 1896, XXI, 224-234.)
- TESSIER et CHIRAY. — Sur l'Hydarthrose périodique. (*Sté Médicale des Hôpitaux de Paris*, 1910.)
- VOGL. — Hydarthrose périodique et fonction ovarienne. (*Wiener Klinisch*, n° 44, t. XLV, 28 octobre 1932.)
- WEISMAN-NETTER. — Hydarthrose périodique. (*Société Médicale Hôpitaux Paris*, 28 juin 1929.)
- WEISMAN-NETTER. — A propos de l'Hydarthrose périodique et de son traitement. (*Bulletin de la Sté Médicale Hôpitaux de Paris*, 11 février 1937, p. 185.)
-

*La Bibliographie nous a été gracieusement fournie
par les services du « Monde Médical ».*

Imp. Spéciale de la Librairie Amédée LEGRAND et J. BERTRAND.
